

PSYCHOPHARMAKA
IN DER ALLGEMEINPRAXIS

ALBRECHT BAUERHORST

1975

Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der Neuro-Psychiatrischen Klinik
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
(Direktor: Prof. Dr. U.H. Peters)

PSYCHOPHARMAKA
IN DER ALLGEMEINPRAXIS

Inauguraldissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der Medizin der
Johannes Gutenberg-Universität Mainz,
den Medizinischen Fachbereichen

vorgelegt von
Albrecht Bauerhorst
aus Dresden

Mainz 1975

Fachbereichsdekan: Prof. Dr. E. Straub
Referent: Prof. Dr. J. Glatzel
Korreferent: Prof. Dr. U.H. Peters

Tag der mündlichen Prüfung: 22. Oktober 1975



Gesamtherstellung



DITTERS BÜRODIENST

6501 HEIDESHEIM/RHEIN

AM KAPELLECHEN 1 · RUF 0 61 32 / 57 11

GLIEDERUNG

I.	ZIEL DER UNTERSUCHUNG	1 - 3
II.	SYSTEMATIK UND SEITENEFFEKTE PSYCHOTROPER SUBSTANZEN	3 - 6
II a)	Die Neuroleptika	7 - 8
1.	Neuroleptische Nebenwirkungen	9
2.	Vegetative Nebenwirkungen	9
3.	Symptome des Herz-Kreislauf- systems	10
4.	Blasenstörungen	10
5.	Endokrinologische Nebenwirkungen	10
6.	Störungen des hämatopoetischen Systems	10
7.	Biochemische Nebenwirkungen	10
8.	Leberfunktionsstörungen	10
9.	Allergische Reaktionen der Haut und Pigmentstörungen	11
10.	Psychiatrische Nebenwirkungen	11
11.	Tödliche Zwischenfälle	11
II b)	Die Tranquilizer	11 - 13
	Überdosierung und Nebenwirkungen	13
II c)	Die Antidepressiva	14 - 16
III.	MATERIAL UND METHODE	17 - 19
III b)	Untersuchung	19

IV.	ERGEBNISSE	20 - 21
IV a)	Neuroleptika	22 - 24
IV b)	Tranquilizer	25 - 27
IV c)	Antidepressiva	28 - 29
V.	DISKUSSION	35
V a)	Neuroleptika und Thymoleptika in der Allgemeinpraxis	35 - 39
V b)	Antidepressiva	39 - 40
V c)	Tranquilizer	40 - 44
VI.	ZUSAMMENFASSUNG	45 - 46
VII.	LITERATURVERZEICHNIS	47 - 48

Psychopharmaka in der Allgemeinpraxis

- Untersuchungen in einer großstadtnahen Landpraxis -

I. ZIEL DER UNTERSUCHUNG

In keinem anderen Bereich der Chemotherapie hat die Entwicklung in den letzten Jahren einen so stürmischen Verlauf genommen wie auf dem Gebiet der Psychopharmakotherapie. Für den Arzt, der nicht speziell auf dem Fachgebiet der Psychiatrie tätig ist, der somit nicht unmittelbar von den Neuerungen betroffen ist, ist es sehr schwer, mit dieser Entwicklung schrittzuhalten. Es gibt nicht genügend niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie, um alle Patienten, die aus der Klinik in ambulante Weiterbehandlung entlassen werden zu betreuen. Da deshalb die Nachsorge psychisch kranker Patienten nach den immer wieder erhobenen Forderungen in die Hand des Arztes für Allgemeinmedizin übergehen soll, ist dieser gezwungen, sich auch auf dem Gebiet der Psychopharmakotherapie zu informieren und möglichst auf dem neuesten Stand zu bleiben. Da der niedergelassene Arzt, besonders der allgemeinmedizinisch tätige, jedoch außerdem eine kaum zu bewältigende Fülle von Neuerungen zu verarbeiten hat und zudem fast immer unter Zeitdruck lebt, ist er oft gezwungen, sich auf die Informationen der pharmazeutischen Industrie zu verlassen. Diese

Informationen sind aus naheliegenden Gründen oft unzureichend und nicht immer ganz objektiv. Dem niedergelassenen Arzt werden auf diese Weise differente Arzneimittel in die Hand gegeben, ohne daß er gleichzeitig die notwendigen theoretischen Grundlagen erhält, die einen gezielten Einsatz gewährleisten. Das Ziel der folgenden Untersuchung ist es, den Einsatz von Psychopharmaka in einer großstadtnahen Landpraxis zu überprüfen, und zwar bezüglich der Häufigkeit der Anwendung sowie der Indikationsstellung. Es soll überprüft werden, in welchem Anteil der vorgenommenen Verordnungen psychiatrische Erkrankungen oder Zielsymptome Grund für die Verabreichung von Psychopharmaka gewesen sind bzw. bei welchen nichtpsychiatrischen Erkrankungen die Verordnung von Psychopharmaka oder psychopharmakaenthaltender Kombinationspräparate erfolgte. Es wird zu diesem Zweck über einen bestimmten Zeitraum hinweg die Gesamtzahl der behandelten Patienten sowie die Zahl der mit Psychopharmaka behandelten Patienten festgestellt und eine Auswertung der so erhaltenen Größen durchgeführt.

II. SYSTEMATIK UND SEITENEFFEKTE PSYCHOTROPER SUBSTANZEN

Im Jahre 1952 entdeckten Delay und Deniker den psychotropen Effekt des Chlorpromazins. Kurze Zeit später stellte man fest, daß verschiedene Tuberkulostatika einen euphorisierenden Effekt und eine günstige Wirkung auf Depressionen haben. Im Anschluß an diese beiden Entdeckungen setzte eine gezielte und intensive Suche nach anderen psychotropen Substanzen ein. So fand man in den folgenden zweiundzwanzig Jahren eine Vielzahl von Substanzen, die ebenfalls einen psychotropen Effekt aufwiesen. Bei der so entstandenen Fülle von Psychopharmaka ist es für den Nervenfacharzt schwer und für den nicht fachärztlich tätigen Arzt nahezu unmöglich, den Überblick zu behalten.

Aus diesem Grunde wurde es erforderlich, wenn auch sehr schwierig, eine Klassifizierung der Psychopharmaka vorzunehmen. Schwierig deshalb, weil zwischen den einzelnen Pharmakagruppen fließende Übergänge bestehen, und so eine starre Einteilung den Erfordernissen nur schwer gerecht wird.

Am günstigsten erscheint die von Delay vorgeschlagene Einteilung, die sich an klinischen Gesichtspunkten orientiert. Diese Einteilung liegt dann auch der 1967 von einer Kommission der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Klassifizierung zugrunde. Danach lassen sich die Psychopharmaka in drei Untergruppen gliedern:

1. Psycholeptika oder Sedativa,
2. Psychoanaleptika,
3. Psychodisleptika oder Psychotomimetika.

Zu den Psycholeptika zählen erstens die Hypnotika. In der Psychiatrie sind diese von geringer Bedeutung. Zur zweiten Gruppe der Psycholeptika zählen Substanzen verschiedener chemischer Struktur, denen die sogenannte neuroleptische Wirkung gemeinsam ist.

Diese neuroleptische Wirkung besteht in psychomotorischer Hemmung, Veränderungen im Bereich des neurovegetativen Systems, Tonusminderung und manchmal auftretenden extrapyramidalen Symptomen mit Verminderung psychotischer Manifestation. Die zu dieser Gruppe zählenden Substanzen haben aber einen echten antipsychotischen Effekt. Drittens gehört zu den Psycholeptika die Gruppe der Tranquilizer, die eine angstlösende und beruhigende Wirkung haben. Ihre Wirksamkeit bei Psychosen, falls eine solche vorhanden ist, ist ausschließlich auf den beruhigenden und schlaffördernden Effekt zurückzuführen. Ihnen fehlt eine antipsychotische Wirkung. In den USA laufen die Tranquilizer auch unter dem Namen Minor-Tranquilizers oder Anxiolytica.

Zur Gruppe der Psychoanaleptika zählen die Monoaminoxidasehemmer (MAO-Hemmer) und die trizyklischen Antidepressiva. Beide Gruppen haben einen leicht euphorisierenden und einen antidepressiven Effekt bei depressiven Psychosen. Auch sie haben eine, allerdings flüchtige, schlaffördernde Wirkung.

Zur Gruppe der Psychodisleptika schließlich zählen die Halluzinogene vom Typ des LSD. Sie rufen psychotische Zustände (model-psychoses) hervor. Außerdem gehören zu dieser Gruppe die Psychostimulantien.

Pöldinger (12) benutzt in seinem Index Psychopharmacorum eine Einteilung nach rein chemischen Gesichtspunkten. Trotzdem berücksichtigt auch er die pharmakologischen Eigenschaften der Substanzen und erhält auf diese Weise fünf Hauptgruppen, nämlich

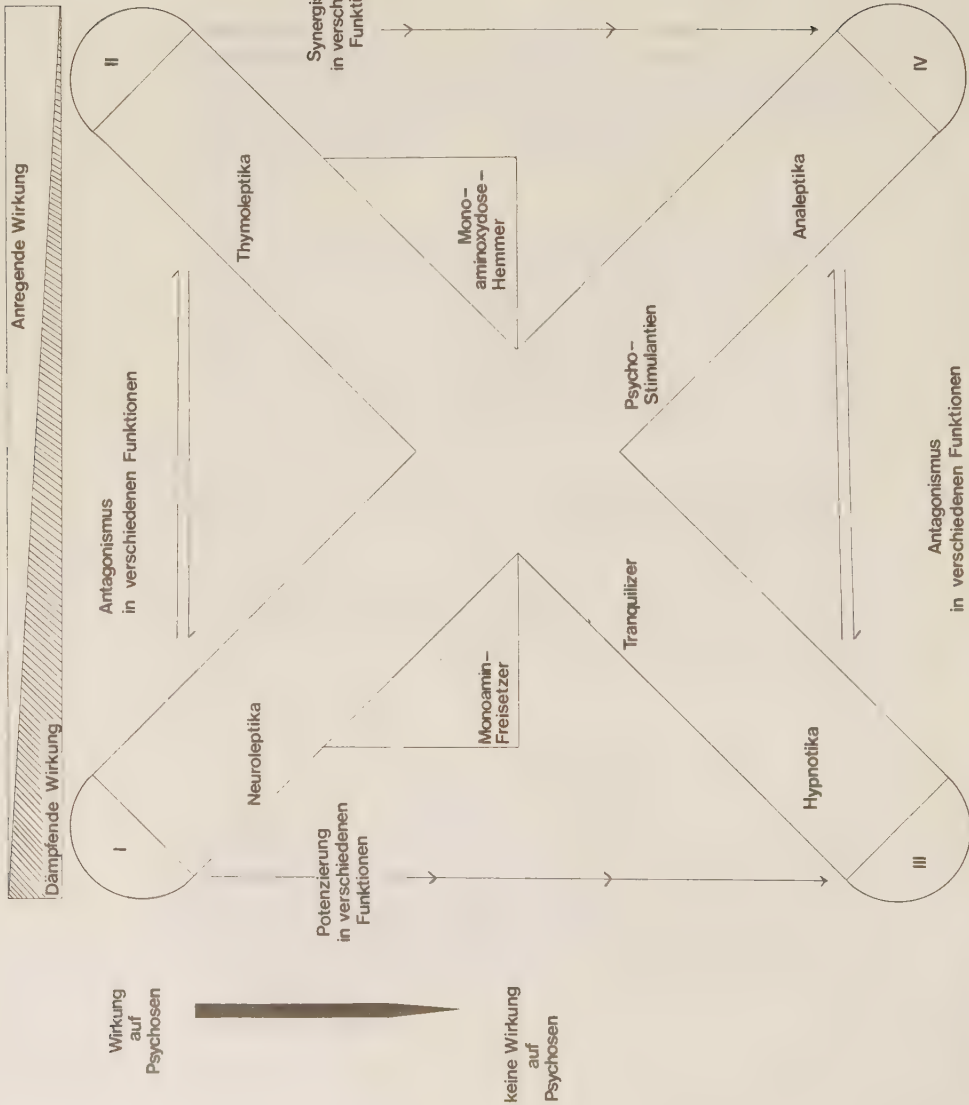
die Neuroleptika,
die Tranquilizer,
die Thymoleptika,
die Thymeretika
und andere thymotrope Stoffe.

Er unterteilt also die Gruppe der Antidepressiva nochmals in Thymoleptika und Thymeretika.

Für die folgende Untersuchung sind jedoch nur die Psychopharmaka im engeren Sinne von Bedeutung. Es sind dies die drei Gruppen:

Neuroleptika,
Tranquilizer,
Antidepressiva.

Einer rein tabellarischen Darstellung zieht Kanig (7) eine schematische vor. Er meint, mit Hilfe dieser schematischen Darstellung die fließenden Übergänge zwischen den einzelnen Gruppen besser darstellen zu können.



Aus KANIG: Zum Wirkungs-
mechanismus der
psychotropen Pharmaka

a) Die Neuroleptika

Zu dieser Gruppe gehören alle Substanzen, die eine Neuroleptie hervorrufen. Unter Neuroleptie versteht man dabei eine Herabsetzung des zentralnervösen Grundtonus und des psychischen Spannungszustandes, verbunden mit einer psychischen Indifferenz ohne wesentlichen narkotischen Effekt. Außerdem bewirken die Neuroleptika eine Hemmung der motorischen Aktivität und der bedingten Reflexe sowie eine Beeinflussung vegetativer Funktionen.

Bei Dosierung oberhalb der neuroleptischen Schwelle kommt es immer zum Auftreten extrapyramidal-motorischer Symptome.

Unter neuroleptischer Schwelle verstehen wir nach Haase (3) das Auftreten der zunächst in der Feinmotorik erkennbaren extrapyramidalen Hypokinesie und eine deutliche Reduzierung des psychisch-energetischen Niveaus bei erhaltener Bewußtseinshelligkeit.

Die Dosis eines Neuroleptikums, die erforderlich ist, um die neuroleptische Schwelle zu überschreiten, bezeichnen wir als neuroleptische Schwellendosis. Nach ihrer neuroleptischen Potenz unterscheiden wir bei Neuroleptika schwach potente, mittelstark potente, stark potente und sehr stark potente Neuroleptika.

Unter neuroleptischer Potenz verstehen wir wiederum nach Haase (3) die Stärke der Affinität zum extrapyramidalen System. Je stärker die neuroleptische Potenz, um so niedriger die Dosis, mit der mit einem Neuroleptikum die neuroleptische Schwelle überschritten werden kann. Die Indikation zur Anwendung von Neuroleptika ist gegeben bei hochgradigen Erregungs- und Spannungszuständen und bei psychotischen Erlebnisproduktionen (Wahnideen, Halluzinationen).

Wegen ihrer entspannenden, schlaffördernden und beruhigenden Wirkung werden die Neuroleptika unterhalb der neuroleptischen Schwelle häufig anstelle von Tranquilizern angewandt.

Zur Erzielung einer antipsychotischen Wirkung jedoch ist die Dosierung oberhalb der neuroleptischen Schwelle erforderlich. Da die Disposition zur neuroleptischen Wirkung starken individuellen Schwankungen unterworfen ist, muß die Dosierung streng individuell erfolgen. Hier muß die neuroleptisch-therapeutische Breite der einzelnen Substanzen besonders beachtet werden, da die Gefahr der Überdosierung in starkem Maße gegeben ist. Die neuroleptisch-therapeutische Breite verhält sich nicht immer proportional zur Potenz eines Neuroleptikums. Bei Überdosierung, aber auch im therapeutischen Bereich, kommt es zu unerwünschten Nebenwirkungen (Seiteneffekte).

1. Neurologische Nebenwirkungen:

Diese treten am häufigsten auf, und zwar in Form von extrapyramidal-motorischen Symptomen. Freyhan unterscheidet hier drei Typen:

- a) den Parkinsonismus verschieden starker Ausprägung. Beginnend mit Bradykinese und Hypokinese bis zur Ausbildung eines vollständigen Bildes des Morbus Parkinson.
- b) das dyskinetische Syndrom mit Rigidität und Spasmen einzelner Muskelgruppen bis zu tonischen Krämpfen,
- c) die Akathisie. Hierbei handelt es sich um eine Rastlosigkeit, besonders der Beine, mit der Unmöglichkeit, still zu sitzen (restless legs).

2. Vegetative Nebenwirkungen:

Bei den vegetativen Störungen handelt es sich um Hypotonus oder gelegentlich Hypertonus, Bradykardie oder Tachykardie, stenocardische Beschwerden, Mundtrockenheit, Durchfall oder Verstopfung, Temperaturanstieg oder Hypothermie, Schweißausbrüche, Schlafstörungen, Polyurie, Miktionsstörungen, Übelkeit, Erbrechen, Darmatonien, Akkomodationsstörungen.

3. Symptome des Herz-Kreislaufsystems:

Am häufigsten findet sich hier eine Hypotonie mit starkem Blutdruckabfall (bis 40 mm Hg systolisch) einer kompensatorischen Tachycardie und cerebralen Durchblutungsstörungen.

4. Blasenstörungen:

Diese reichen von der Miktionsstörung bis zur kompletten Harnsperrre.

5. Endokrinologische Nebenwirkungen:

Hierbei handelt es sich um Störungen der Libido, Menstruationsstörungen, Glaktorrhoe, Gewichtszunahme.

6. Störungen des hämatopoetischen Systems:

Harmlose Blutbildveränderungen sind relativ häufig, doch sind auch Fälle von Agranulozytose aufgetreten.

7. Biochemische Nebenwirkungen:

Störungen verschiedener Serum-Enzymaktivitäten sind beschrieben worden.

8. Leberfunktionsstörungen

9. Allergische Reaktionen der Haut und Pigmentstörungen
10. Psychiatrische Nebenwirkungen:

Latente Symptome der Grunderkrankung können manifest werden. Auftreten von Störungen im Schlaf-Wach-Rhythmus. Umschlag einer Depression in eine Manie, Auftreten von Erregungszuständen, Bewußtseinstrübungen, Halluzinosen, Korsakow-Syndrom.

11. Tödliche Zwischenfälle:

Unter Behandlung mit Neuroleptika und allen anderen Psychopharmaka sind Todesfälle durch irreversiblen Herzstillstand beschrieben worden.

- b) Die Tranquilizer

Die Tranquilizer besitzen einen schlaffördernden, jedoch keinen hypnotischen Effekt. Außerdem wirken sie angst- und spannungslösend. Die Tranquilizer-Wirkung wird erzielt durch Gabe von reinen Tranquilizern oder Dosierung von Neuroleptika unterhalb der neuroleptischen Schwelle. Obwohl sie keine echte antipsychotische Wirkung haben, werden sie auch bei der Behandlung von Psychosen verwandt, nämlich bei Fehlen von Erregungs- und Spannungszuständen und bei Psychosen mit ausgeprägtem Schlafdefizit.

Sie eignen sich auch allein oder im Verein mit Analgetika zur Behandlung von Schmerzzuständen verschiedener Genese und Stärke.

Die Wirkung von Analgetika, aber auch Hypnotika und Alkohol wird durch die Tranquilizer potenziert. Auch zur Behandlung von Neurosen und abnormen Erlebnisreaktionen werden Tranquilizer neben der Psychotherapie herangezogen. Ebenso eignen sie sich zur Behandlung von Cerebralsklerotikern, bei denen aufgrund ihrer Hirnveränderungen eine Therapie mit Neuroleptika nicht möglich ist. Außer dem bisher genannten, hat die Tranquilizer-Wirkung noch mehrere nichtpsychiatrische Indikationen. So macht sich die innere Medizin seit langer Zeit den blutdrucksenkenden Effekt des Reserpins (ein Neuroleptikum unterhalb der neuroleptischen Schwelle) zunutze. Es gibt bis heute in Deutschland wenige Antihypertonika, die nicht auf Reserpinbasis aufgebaut sind.

Die histamininhibitorische Wirkung verschiedener Tranquilizer und Neuroleptika wird bei der Behandlung von Allergien und Pruritus seit langem benutzt. Die ausgezeichnete antiemetische Wirkung einiger Tranquilizer und Neuroleptika findet inzwischen in allen Disziplinen der Medizin Anwendung. Der muskelrelaxierende Effekt einiger psychotroper Substanzen wird in der Orthopädie und in der Anesthesiologie benutzt.

Gegen Schwindel hat sich eine Substanz aus der Pherphenazingruppe bestens bewährt. Die Domäne der Tranquilizerwirkung in der nicht psychiatrischen Medizin sind jedoch die vegetativen Dystonien und die Ausnutzung der schlafanstoßenden Wirkung.

Überdosierung und Nebenwirkungen

Bei Überdosierung von Tranquilizern kommt es zu koma-tösen Zuständen mit Arreflexie und Relaxierung der Muskulatur, zu Blutdruckabfall bis zum Schockzustand mit weiten reaktionslosen Pupillen und Atemstillstand. In Fällen schwächerer Überdosierung kommt es zu Verwirrheitszuständen mit unkoordinierten Bewegungen und verwaschener Sprache. Die Möglichkeit des Auftretens myoklonischer Krämpfe ist vorhanden. Bei Überdosierung der als Tranquilizer angewandten Neuroleptika mit Überschreiten der neuroleptischen Schwelle kommt es zu den unter Neuroleptika beschriebenen Nebenwirkungen. In seltenen Fällen führt die Tranquilizerwirkung bei Benutzung von Neuroleptika unterhalb der neuroleptischen Schwelle und Vorliegen einer besonderen Disposition zur neuroleptischen Wirkung zu extrapyramidal-motorischen Symptomen. Die Mehrzahl der Nebenwirkungen liegt bei der Tranquilizer-Wirkung im Bereich des vegetativen Systems. Es sind dies Blutdruckabfall mit orthostatischen Dysregulationen, Kollapsneigung, Tachykardie, Mundtrockenheit und Akkomodationsstörungen.

In manchen Fällen tritt ein unerwünscht starker sedativer Effekt auf.

c) Die Antidepressiva

Zu den Antidepressiva zählen die trizyklischen Antidepressiva, deren Prototyp das Imipramin darstellt und die Monoaminooxydasehemmer (MAO-Hemmer). Jedoch weisen auch manche besonders schwach potente Neuroleptika einen antidepressiven Effekt auf. Diese drei Substanzgruppen werden zur Behandlung depressiver Psychosen und anderer depressiver Zustände herangezogen. Bei Anwendung von MAO-Hemmern ist besonders zu beachten, daß bei diesen Präparaten eine Unverträglichkeit mit vielen anderen Medikamenten wie zum Beispiel trizyklischen Antidepressiva und einer ganzen Reihe von tyraminhaltigen Nahrungsmitteln besteht, zum Beispiel Käse, bestimmte Weinsorten usw. Weiterhin ist wichtig zu wissen, daß es unter Behandlung mit MAO-Hemmern zu Blutdruckkrisen kommen kann. Eine Zunahme der psychischen Erregung ist aufgrund der pharmakologischen Wirkung dieser Präparate leicht verständlich. Dadurch kommt es oftmals zu einer Steigerung der Suizid-Gefahr, ebenso können Schlafstörungen und vereinzelt auch Krampfanfälle auftreten. Aufgrund des bisher Gesagten ist es verständlich, daß eine Kombination mit Sympathicomimetika, wie blutdrucksteigernden Substanzen, nicht möglich ist. Auch bei Bestehen eines Diabetes

mellitus oder eines Leberparenchymschadens sollte die Anwendung von MAO-Hemmern nur sehr gezielt und sehr kritisch erfolgen.

Unter der Behandlung mit MAO-Hemmern können auch die bei den Neuroleptika beschriebenen neurovegetativen Symptome wie Akkomodationsstörungen, Mundtrockenheit, Kopfdruck, Miktions- und Darmstörungen auftreten.

Bei der Anwendung von trizyklischen Antidepressiva wiederum ist die Unverträglichkeit mit MAO-Hemmern zu beachten. Eine wichtige Kontraindikation für die Behandlung mit trizyklischen Antidepressiva sind Reizleitungsstörungen des Herzmuskels. Bei vorgeschädigtem Herzen hat man also besondere Vorsicht walten zu lassen. Auch am gesunden Herzen sind cardiotoxische Wirkungen (tachycarde Rhythmusstörungen, Überleitungs- und Repolarisationsstörungen, akute und chronische Herzinsuffizienz bis zur Asystolie) beschrieben worden.

Auch bei der Behandlung mit trizyklischen Antidepressiva kann es zum Auftreten von Erregungszuständen mit eventuellem Umschlag des depressiven Zustandes in eine Manie und Erhöhung der Suizid-Gefahr kommen. Alkohol und Barbiturate führen zu einer Potenzierung der antidepressiven Wirkung mit eventuellen Unverträglichkeitserscheinungen und deliranten Zuständen. Im Bereich der Haut können Allergien auftreten. Außerdem kommt es in vielen Fällen zu

einer Photosensibilisierung. Bei der Benutzung von Antidepressiva kann es wiederum bei Vorliegen einer besonderen Disposition zur neuroleptischen Wirkung zum Auftreten extrapyramidal-motorischer Symptome kommen.

Wegen der möglichen Erhöhung des intraokularen Drucks ist das Bestehen eines Glaukoms vor Behandlung mit Antidepressiva auszuschließen.

Zusammenfassend muß gesagt werden, daß die ambulante Behandlung mit Antidepressiva, besonders in der nicht psychiatrischen Praxis nur bei genauer Kenntnis der Wirkungen und Nebenwirkungen der Antidepressiva unter Anwendung der nötigen Vorsicht und Sorgfalt durchgeführt werden sollte.

III. MATERIAL UND METHODE

- a) Bei der Praxis, der die dieser Untersuchung zugrundeliegenden Zahlen entnommen sind, handelt es sich um eine große Landpraxis mit einem Patientendurchgang von etwa zehn bis zwölf pro Stunde. Es hieße, daß pro Patient eine Zeit von etwa 5 Minuten zur Verfügung stünde. Da es sich jedoch in der Mehrzahl der Fälle um Bagatellerkrankungen, wie Infekte, handelt, und eine große Anzahl der Patienten Dauerpatienten sind, die eigentlich beispielsweise nur zur Blutdruckkontrolle oder zur Verordnung ihrer üblichen Medikamente die Praxis aufsuchen, ist dieser Wert nicht zutreffend. Demnach steht also für problematische Fälle doch eine etwas längere Zeitspanne zur Verfügung.

Zudem werden echt problematische Fälle regelmäßig zu gründlichen Untersuchungen außerhalb der Sprechstunden einbestellt.

Bei dem Patientenstamm handelt es sich um einen Querschnitt durch alle Disziplinen der Medizin. Die Mehrzahl der Patienten wird direkt in der Praxis behandelt, der kleinere Teil an Fachärzte der entsprechenden Disziplinen überwiesen.

Die Praxis liegt in einem Dorf von etwa sechs- bis sieben-tausend Einwohnern, das durch Zusammenschluß mehrerer Dörfer der Umgebung zu einem Stadtteil geworden ist. Die

gesamte Einwohnerzahl der so zustandegewonnenen Stadt beträgt etwa zwanzig- bis zweiundzwanzigtausend Einwohner. Die Stadt liegt in unmittelbarer Nähe einer Großstadt von zweihundertfünfzigtausend Einwohnern. Die Verkehrsverbindungen zu dieser Stadt sind günstig. Mit dem Wagen ist sie in ungefähr zehn bis fünfzehn Minuten zu erreichen. Durch die günstige Lage ist diese neu entstandene Stadt zu einem beliebten Wohnzentrum geworden, und die Bevölkerungszahl nimmt laufend zu. Die neu hinzukommende Einwohnerschaft besteht in der Hauptsache aus Gewerbetreibenden sowie aus Beamten und Angestellten der Verwaltungsdienststellen der nahe gelegenen Stadt.

Ursprünglich handelte es sich um eine rein ländliche Bevölkerung, und bis vor kurzer Zeit war die Bevölkerung in der Mehrzahl in landwirtschaftlichen Betrieben beschäftigt. Durch Auflösung der Mehrzahl der bäuerlichen Kleinbetriebe jedoch, ist ein Großteil der ursprünglichen Bevölkerung als Arbeiter oder Angestellte in Industriebetrieben tätig.

Wichtig zu erwähnen erscheint auch die Tatsache, daß, wie in vielen anderen Dörfern Deutschlands so auch hier, fast alle ursprünglichen Einwohner - wenn auch zum Teil weitläufig - miteinander verwandt sind. Wie aus dem bisher Gesagten resultiert, setzt sich die Patientenschaft der Praxis aus Angehörigen aller Bevölkerungsschichten zusammen. Es handelt sich also um Landwirte und landwirtschaftliche Arbeitnehmer, um Arbeiter von Industriebetrieben,

um Angestellte, Beamte und um selbständige Gewerbetreibende mit zum Teil recht großen Betrieben.

Bei etwa 25 % der Patienten handelt es sich um Rentner, also um Leute, jenseits des fünfundsechzigsten Lebensjahres. 40 % sind berufstätige Männer und Frauen, die restlichen 35 % sind nicht berufstätige Ehefrauen und Kinder.

- b) Für die vorliegende Untersuchung wurde eine Anzahl von 2.178 Patienten ausgezählt.

Es handelt sich dabei um Menschen aller Altersstufen und völlig verschiedener sozialer Schichten. Die Gründe, aus denen die verschiedenen Patienten die Praxis aufgesucht haben, sind ganz verschieden. Es sind Erkrankungen aller medizinischen Disziplinen, die zum Teil zu Fachärzten delegiert werden, der überwiegende Teil wird jedoch direkt in der Praxis behandelt.

IV. ERGEBNISSE

In 568 dieser 2.178 Fälle wurden Psychopharmaka aus verschiedenen Indikationen verordnet. Dabei blieben die mit Reserpin behandelten Hypertoniker unberücksichtigt. Wollte man nun diese Fälle bei der Untersuchung ebenfalls einordnen, so würde sich die Zahl von 568 um etwa 100 erhöhen. Da aber Reserpin als Psychopharmakon, wenn überhaupt, nur noch eine sehr untergeordnete Rolle spielt, können wir die betreffenden Patienten ausklammern. Gehen wir nun von der Zahl 568 aus, so stellen wir fest, daß bei 26,07 % der Gesamtpatientenzahl jeweils ein Psychopharmakon zur Anwendung kam. Die verordneten Substanzen gehören zu den verschiedenen Gruppen der Psychopharmaka, und zwar in folgender Aufteilung:

141 Substanzen aus der Gruppe der Neuroleptika,
604 gehören zu den Tranquilizern und
70 zu den Thymoleptika (Antidepressiva).

In einem Fall kam ein Lithiumsalz zur Anwendung. Die Tatsache, daß bei dieser Aufstellung eine weit höhere Zahl als 568 zustande kommt, ist darauf zurückzuführen, daß in 187 Fällen nacheinander mehr als ein Psychopharmakon verordnet wurde. Außerdem handelt es sich bei einem Teil der Präparate um eine Kombination von Substanzen der verschiedenen Gruppen der Psychopharmaka.

Bei den Neuroleptika handelt es sich in 96 Fällen um Phenothiazinderivate, in 40 Fällen um Tioxanthenderivate und in 5 Fällen um Butyrophenonderivate. Die weitaus höchste Zahl von 604 finden wir bei den Tranquilizern. Hierbei handelt es sich in 35 Fällen um Glyzerinderivate, in 18 Fällen um Glykolderivate, in 19 Fällen um Diphenylmethanderivate, in 495 Fällen um Benzodiazepinderivate und in 37 Fällen um diverse andere Tranquilizer.

An Thymoleptika verordnet wurden 55 mal Dibenzoazepinderivate, 14 mal Dibenzocycloheptanderivate, 1 mal ein Dibenzoxepinderivat.

Bei der genannten Zahl von 568 Patienten erfolgte in 44 Fällen eine Überweisung zum Nervenfacharzt. In diesen Fällen erfolgte die Verordnung oder Umsetzung auf ein anderes Psychopharmakon durch den Psychiater. Bei 220 Verordnungen handelt es sich um Präparate, bei denen das Psychopharmakon nur Bestandteil eines Kombinationspräparates zusammen mit einer nicht psychotrop wirksamen Substanz ist.

Bei der Aufteilung nach Geschlechtern findet sich ein Überwiegen des weiblichen Geschlechts um 17,8 % (männlich 234 zu weiblich 334 = 41,1 % zu 58,9 %).

Bei der Altersverteilung fällt eine deutliche Erhöhung zwischen dem 30. und 49. Lebensjahr auf, wobei das weibliche Geschlecht wiederum deutlich überwiegt. Der Hauptanteil findet sich zwischen dem 40. und 49. Lebensjahr.

a) Neuroleptika

Bei drei Patienten, die Präparate dieser Gruppe erhielten, handelt es sich um Patienten mit Psychosen, denen durch die Klinik eine vorläufige Dauermedikation mit Neuroleptika verordnet wurde. In einem dieser Fälle wurde interkurrent eine Behandlung mit Hypnorex, einem Lithiumsalz, angesetzt. In diesen drei Fällen erfolgte eine Dosierung oberhalb der neuroleptischen Schwelle, es wurde also eine echte neuroleptische Wirkung erzielt. In allen anderen Fällen dieser Gruppe liegt die Dosierung unterhalb der neuroleptischen Schwelle, so daß hier die Tranquilizerwirkung der Neuroleptika ausgenutzt wurde.

In einem Fall wurde Fluphenazin (Omca) verordnet. Es handelt sich hier um einen vierunddreißigjährigen Patienten mit einer Phobie. Nach Autofahrten kommt es zu stenocardischen Anfällen mit Kreislaufstörungen ohne organischen Befund. Später wurde dieser Patient auf einen reinen Tranquilizer umgesetzt. Ein fünfunddreißigjähriger Patient erhielt Omca um der Tranquilizerwirkung willen wegen einer vegetativen Dystonie mit Kreislaufstörungen. In der zweiten, 40 Patienten umfassenden Gruppe, handelt es sich vorwiegend um Kinder unter vierzehn Jahren und einen siebzehnjährigen Jugendlichen. Es wurden hier Truxaletten bzw. Truxaletten-saft verordnet. (Bei Truxal handelt es sich um das Thioxanthenderivat Chlorprothixen.)

Der siebzehnjährige männliche Patient bekam das Präparat als Begleitbehandlung bei einer Gastritis. Außerdem erhielten das Präparat ein neunjähriger männlicher Asthmatiker zur Sedierung und ein achtjähriger männlicher Patient mit syncopalen Anfällen. Die übrigen 37 Kinder erhielten das Präparat wegen hochgradiger Nervosität mit Konzentrationsschwäche, Einschlaf- und Schlafstörungen, Pavor nocturnus, nachdem andere Präparate, beispielsweise auf Hopfen- und Baldrianbasis, versagt hatten. Diese Therapie wurde möglichst auf einen Zeitraum von 6 bis 8 Wochen begrenzt. Ein fünfundsiebzjähriger Cerebralsklerotiker wurde mit Esukos (Dixyrazin, ein Phenothiazinderivat) wegen seiner schlafanstoßenden Wirkung zusätzlich zu einem Hypotonikum behandelt. Vier männliche und sechs weibliche Patienten erhielten Euvegal compositum Dragees über längere Zeit. Es handelt sich hierbei um ein Präparat auf Hopfen- und Baldrianbasis mit einem Zusatz von Reserpin und Promethazinhydrochlorid (Atosil) in einer geringen Dosis von 10 mg pro Dragee. Es handelte sich hier vorwiegend um ältere Patienten mit einem psychovegetativen Syndrom bei denen Sedierung und Schlafanstöß notwendig war. Atosil (Promethazin) erhielt außerdem ein Patient mit Asthma bronchiale und sieben Patienten mit Gastritiden bzw. Ulcera des Verdauungstraktes, als Zusatzbehandlung zu einer gezielten Ulcustherapie. Die Behandlung erstreckte sich hier über 6 bis 8 Wochen in einer Dosierung von 3 mal täglich 25 mg.

Theralene (Methylpromazin) wurde bei einer Patientin mit einer vegetativen Dystonie angewandt. Psýquil (Flupromazin)

wurde in drei Fällen als Antiemetikum verwendet. Bei 18 Patienten (12 weiblich, 6 männlich) war die vorübergehende Behandlung mit dem Schlafmittel Norkotral notwendig. Dieses Präparat enthält ebenfalls ein Phenothiazinderivat. Das Präparat Transannon compositum (Oestrogen + Fluphenazin) wurde in 46 Fällen zur Behandlung eines Postmenopausensyndroms verwendet.

Wegen einer vegetativen Dysregulation erhielten zwei Patienten Jalonac (Trifluoperazin), ein Patient Melleril (Thioridazinhydrochlorid) und ein Patient Benpon (ein Kombinationspräparat aus Nortriptylin und Flupentixol). Fünfmal wurde ein Ulcuspräparat verordnet, das ein Neuroleptikum enthält (Haloperidol ein Butyrophenonderivat).

Tabellarisch dargestellt ergibt sich folgendes Bild:

<u>Alter in Jahren:</u>	<u>weiblich:</u>	<u>männlich:</u>
0 - 9	9	15
10 - 19	6	10
20 - 29	5	1
30 - 39	11	9
40 - 49	16	3
50 - 59	13	4
60 - 69	12	6
70 - 79	8	4
80 - 89	1	3

b) Tranquilizer

Dieser Gruppe gehörte die weitaus größte Zahl der verordneten Psychopharmaka an. Tranquilizer wurden insgesamt 604 mal verordnet. Die verordneten Präparate gehörten wiederum den verschiedenen Gruppen der Tranquilizer an.

In 35 Fällen wurde ein Glyzerinderivat verordnet. Es handelte sich hierbei um das Präparat Nervinfant-Sirup, das bei Kindern mit Schlafstörungen, Pavor-nocturnus, hochgradiger Nervosität und Konzentrationsschwäche angewandt wurde.

in 18 Fällen handelte es sich um Glykolderivate. Hierbei handelte es sich immer um Meproamat, zum Teil als Reinsubstanz bei vegetativen Dystonien verordnet, zum Teil um Kombinationspräparate. Bei Kombinationspräparaten wurde in zwei Fällen das Präparat Neurovegetalin forte wegen einer vegetativen Dystonie verordnet. Hierbei handelt es sich um ein Kombinationspräparat aus Ergotoxin, Scopolamin, Phenobarbital, Hyoscyamin, Amobarbital und einer geringen Menge von 125 mg Meproamat pro Dragee. Außerdem handelt es sich bei den Kombinationspräparaten um das Präparat Prämenstron zur Behandlung von Dysmenorrhoe, welches zu einem Spasmolytikum 200 mg Meproamat pro Dragee enthält. Dieses wurde in 5 Fällen angewendet. Sechs Patienten mit Herzrhythmusstörungen wurden mit dem meproamathaltigen Präparat Coritrat behandelt .

Diphenylmethanderivate wurden in 19 Fällen angewandt, und zwar in 12 Fällen als muskelentspannendes Mittel und in 7 Fällen als Bestandteil des Schlafmittels Stauro-dorm.

Am häufigsten verordnet wurden Benzodiazepinderivate. Dabei handelte es sich in 159 Fällen um die Verordnung des Präprätes Persumbran, ein Kombinationspräparat aus Persantin und Oxazepam, das sowohl bei Coronarinsuffizienzen, als auch bei funktionellen Stenocardien Verwendung findet. Die Behandlung erfolgte mit diesem Präparat über verschieden lange Zeitspannen.

Viermal kam Oxazepam in Verbindung mit einem Oestrogen zur Behandlung eines Menopausensyndroms zur Anwendung. In Kombination mit Hyoszin wurde Oxazepam 21 Patienten mit spastischen Zuständen und spastischen Dyskinesien des Darmtrakts verabreicht. Reine Benzodiazepinderivate wurden in 299 Fällen verordnet, und zwar 184 mal Oxazepam (Praxiten, Adumbran), 41 mal Chlorazepam (Tranxilium), 66 mal Diazepam (Valium), je viermal Chlordiazepoxyd (Librium) und Medazepam (Nobrium). Zu dieser Gruppe zählen auch eigentlich die 12 Fälle, in denen Patienten das Präparat Limbatriil verordnet wurde, bei dem es sich um ein Kombinationspräparat von zwei Psychopharmaka handelt. Es besteht aus dem Tranquilizer Chlordiazepoxyd und dem Antidepressivum Amitriptylin. Die Präparate kamen jeweils über verschieden lange Zeiträume bei folgenden

Indikationen zur Anwendung:

Insomnie bei Herzinsuffizienz,
Colitis ulcerosa,
Postmenopausensyndrom,
Tachyarrhythmien,
Gastritiden und Ulcera,
psychovegetativem Syndrom,
Hyperventilationssyndrom,
Hyperthyreose,
Extrasystolie,
Alkoholismus,
tetaniforme Zustände,
Cerebralsklerose, im allgemeinen
vergesellschaftet mit Schlaflosigkeit.

Aufgeschlüsselt nach Alter und Geschlecht ergibt sich bei
der mit Tranquilizern behandelten Gruppe folgende Tabelle:

Alter in Jahren: -----	weiblich: -----	männlich: -----
0 - 9	14	13
10 - 19	13	5
20 - 29	44	12
30 - 39	63	47
40 - 49	49	37
50 - 59	41	22
60 - 69	32	19
70 - 79	22	8
80 - 89	2	1

c) Antidepressiva

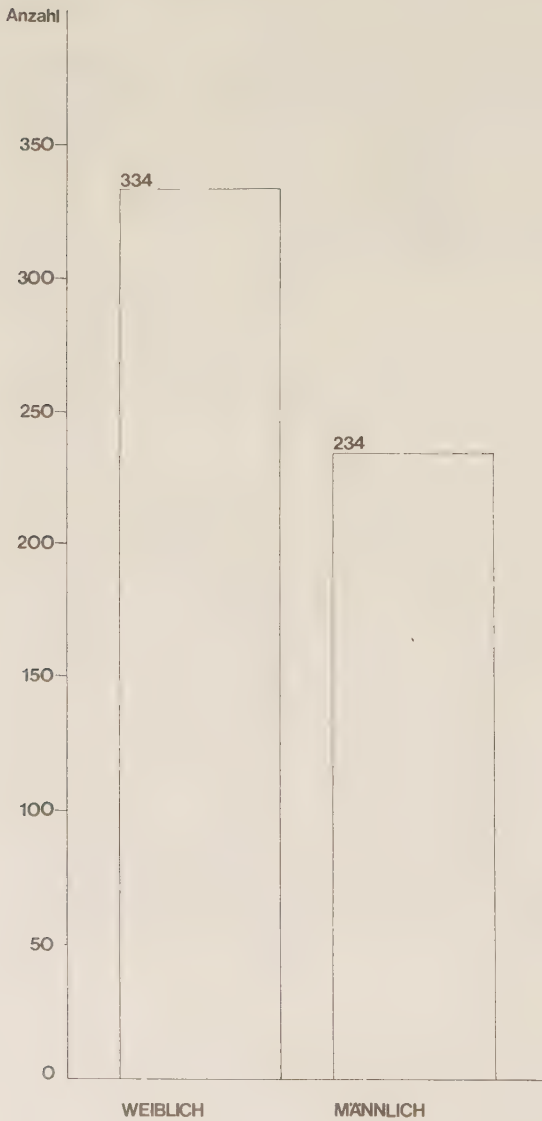
Antidepressiva wurden bei der erfaßten Patientenzahl in 70 Fällen verordnet. Unter diesen 70 Fällen befanden sich drei Patienten mit depressiven Psychosen. Unter anderem wurde 1 Patient mit dem Dibenzozykloheptanderivat Anafranil, 1 Patient mit dem Dibenzozykloheptanderivat Triptyzol und 1 Patient mit dem Dibenzoxepinderivat Sinquan behandelt. 6 Patienten erhielten das Dibenzoozepinderivat Tegretal wegen hirnnorganischer Erkrankungen oder Trigeminus-Neuralgie.

Am häufigsten wurde in dieser Gruppe das Präparat Insidon, ebenfalls ein Dibenzoozepinderivat, verordnet. Dieses Präparat nimmt in gewisser Weise eine Sonderstellung ein. Es handelt sich dabei zwar um ein Antidepressivum, es weist jedoch eine starke tranqulizierende Wirkung auf. Von der Wirkung her nimmt es also ein Mittelstellung zwischen den Antidepressiva und den Tranquilizern ein. Es wurde in allen Fällen als Tranquilizer eingesetzt, wobei die stimmungsaufhellende Komponente ausgenutzt wurde. Die Verordnung erfolgte bei Patienten mit vegetativer Dystonie mit Neigung zu depressiver Verstimmung. Dreizehnmal wurden die Kombinationspräparate aus zwei Psychopharmaka Benpon (Nortriptylin und Flupentixol) und Limbatriil (Librium und Laroxyl) eingesetzt. Diese Präparate kamen wiederum bei psychovegetativen

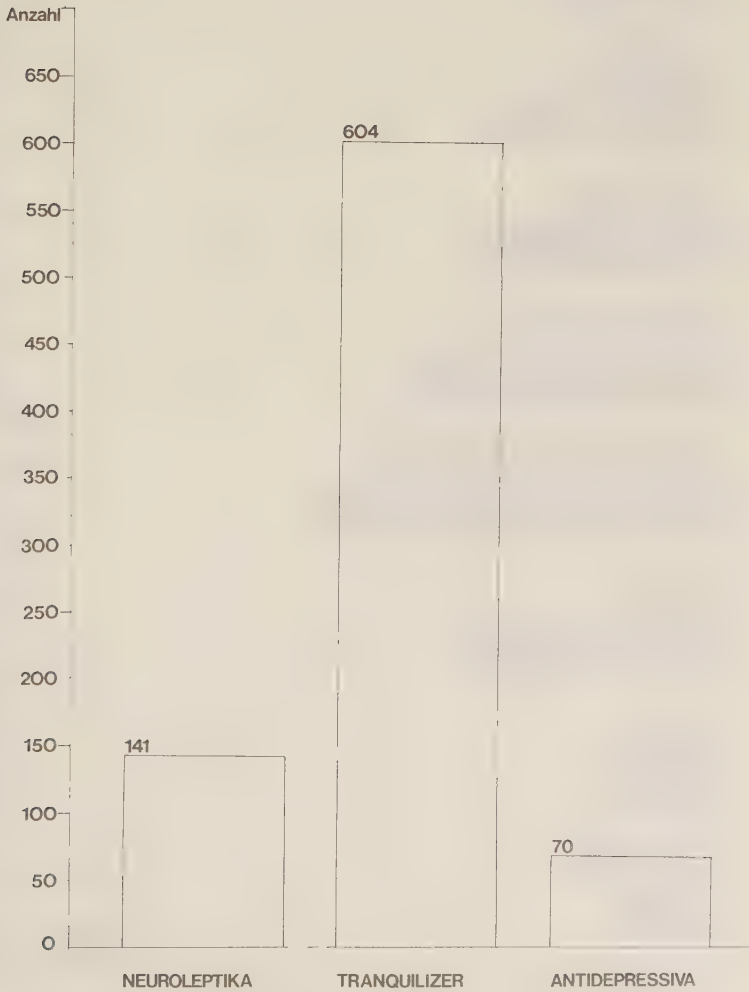
Regulationsstörungen zum Einsatz. Die Alters- und Geschlechtsaufteilung der verordneten Antidepressiva ist wie folgt:

<u>Alter in Jahren:</u>	<u>weiblich:</u>	<u>männlich:</u>
0 - 9	0	1
10 - 19	0	0
20 - 29	6	1
30 - 39	12	4
40 - 49	9	2
50 - 59	11	0
60 - 69	6	4
70 - 79	5	1
80 - 89	0	1

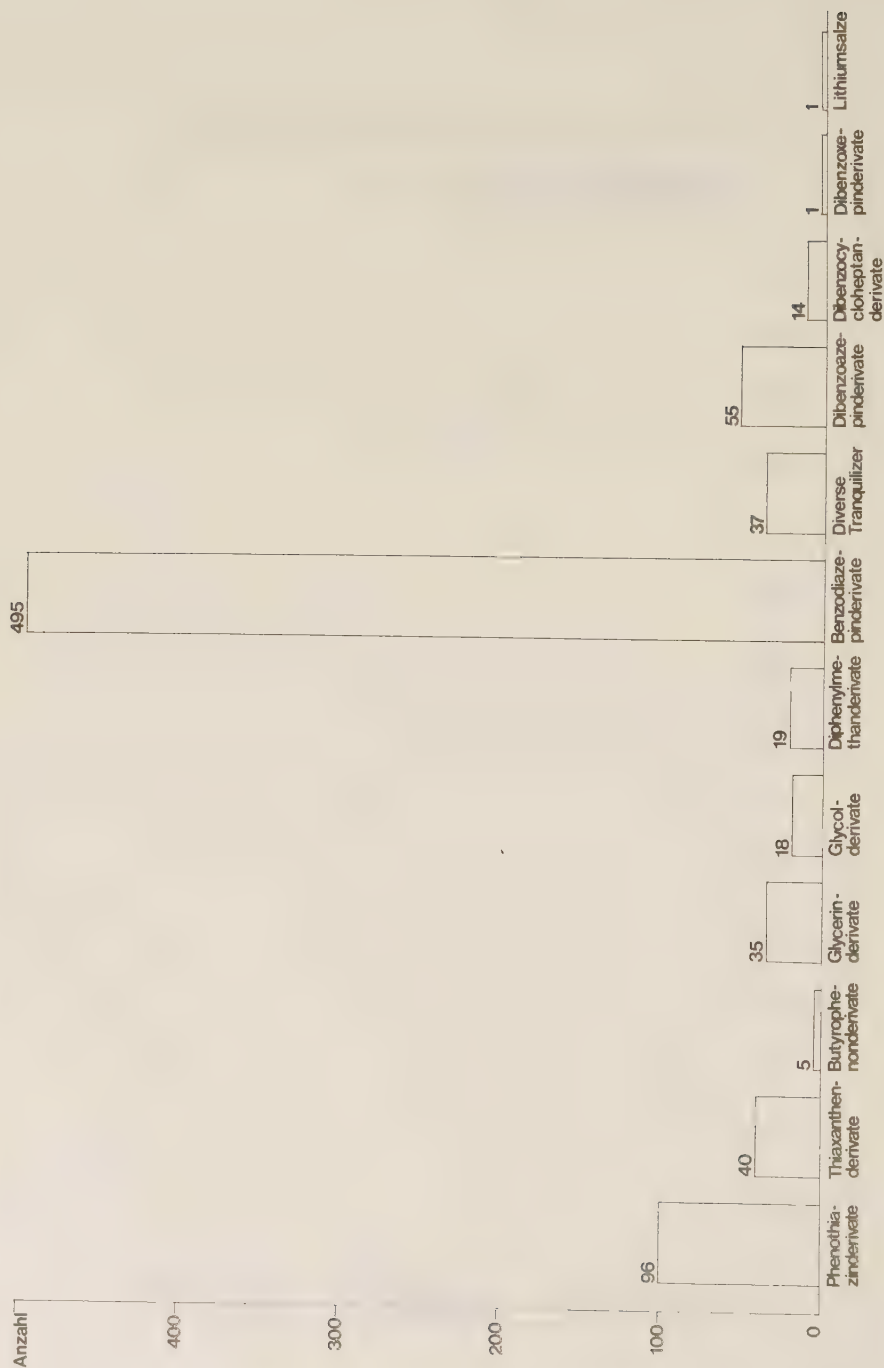
Geschlechtsverteilung (mit Psychopharmaka behandelte Patienten)



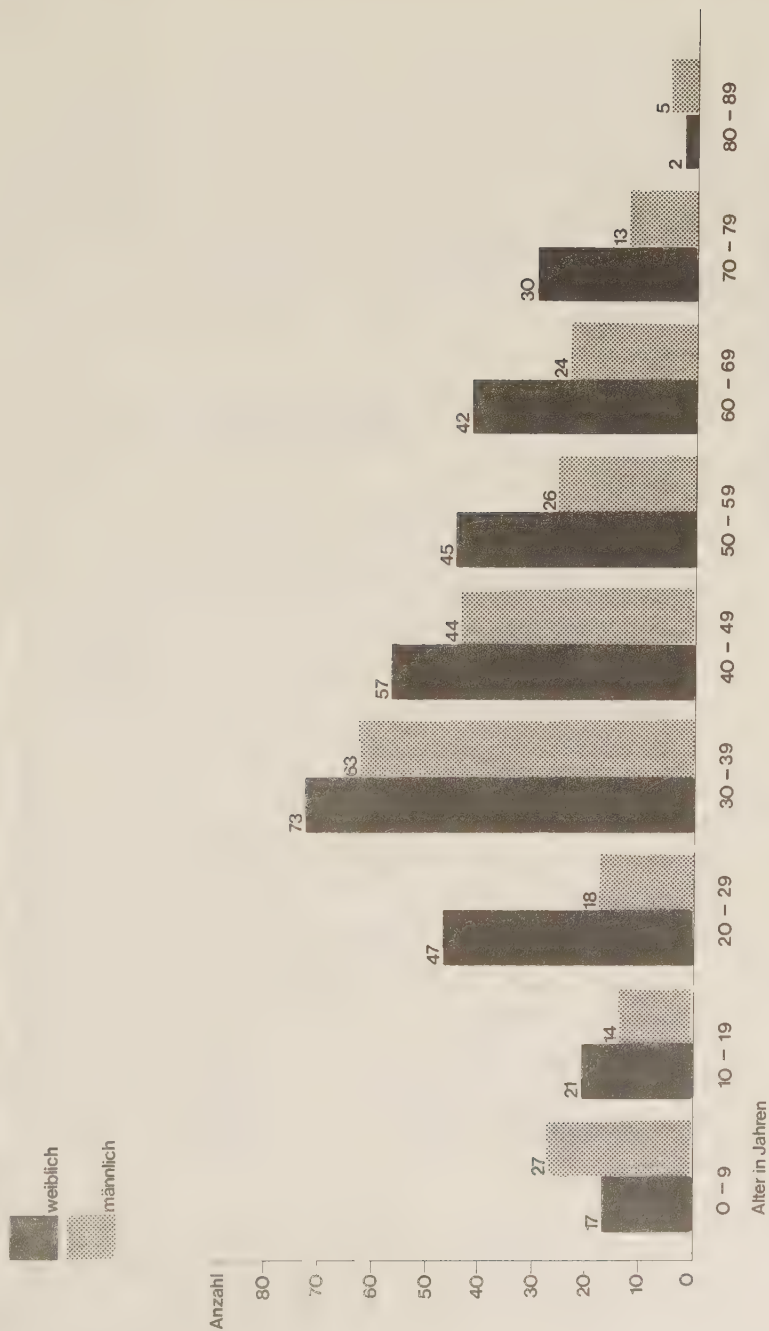
Verteilung auf die
verschiedenen Gruppen der Psychopharmaka



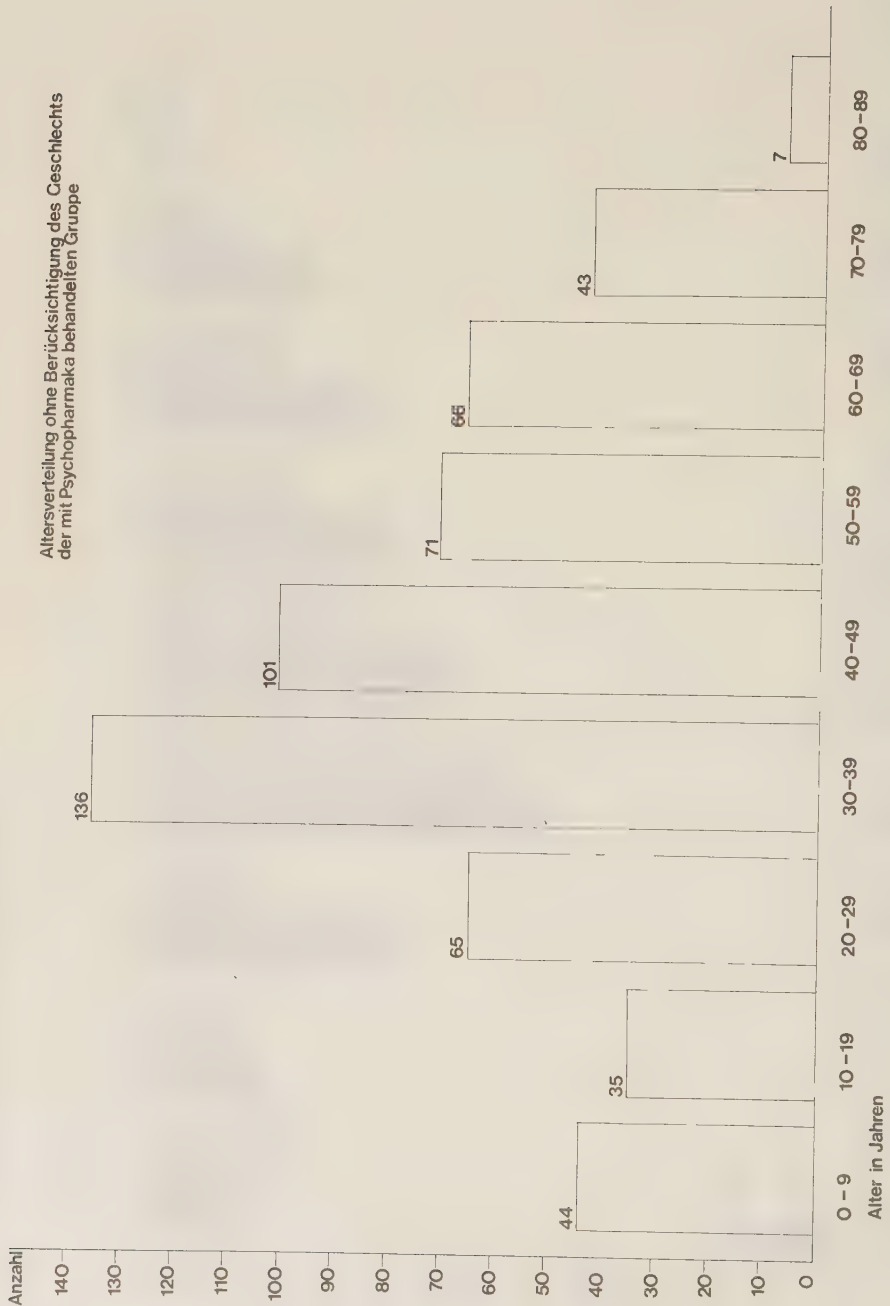
Die verordneten Psychopharmaka gehören folgenden Gruppen an:



Verteilung nach Alter und Geschlecht der mit Psychopharmaka behandelten Gruppe



Altersverteilung ohne Berücksichtigung des Geschlechts
der mit Psychopharmaka behandelten Gruppe



V. DISKUSSION

Die in IV dargestellten Ergebnisse sollten insofern gesondert diskutiert werden, als zunächst der Einsatz der Neuroleptika und Thymoleptika betrachte werden soll und dann, unabhängig davon, derjenige der Tranquilizer.

a) Neuroleptika und Thymoleptika in der Allgemeinpraxis

Betrachtet man zunächst die Gesamtzahl von 211 Patienten, die mit einer Substanz dieser Stoffklassen therapiert wurden, so mag diese Zahl angesichts der 2.178 Patienten als vergleichsweise gering imponieren. Ihre Bedeutung und relative Höhe erhellt jedoch aus dem Umstand, daß lediglich bei 6 Patienten tatsächlich eine Psychose, sei es des schizophrenen, sei es des zylothymen Formenkreises, vorlag. Die Feststellung ist also gerechtfertigt, daß sowohl die neuroleptisch wirksamen als auch die thymoleptisch wirksamen Substanzen in aller Regel außerhalb ihres eigentlichen Indikationsbereiches eingesetzt wurden. Bedenkt man die Häufigkeit, insbesondere extrapyramidal-motorischer aber auch vegetativer Seiteneffekte, so muß dieser Befund außerordentlich nachdenklich stimmen. Das gilt insbesondere angesichts der in den letzten Jahren mit Recht sorgfältiger beachteten späten extrapyramidalen Hyperkinesen, d. h. jener extrapyramidal-motorischer Seiteneffekte, die sich nach langjähriger Medikation einer neuroleptisch

wirksamen Substanz entwickeln und die - den derzeitigen Wissensstand zugrunde gelegt - augenscheinlich irreversibel sind.

Die vorliegenden Befunde legitimieren die Behauptung, daß im Bereich der Psychopharmakotherapie mehr als in anderen Bereichen der Chemotherapie eine weitgehend kritiklose Verordnung entsprechender Substanzen erfolgt, wobei deren indizierter Einsatz zu den ausgesprochenen Seltenheiten gehört. Dieser Umstand ist aus verschiedenen Gründen bedenklich.

Zum einen muß der unreflektierte Einsatz von Vertretern dieser Stoffgruppe außerhalb ihres eigentlichen Indikationsbereiches zwangsläufig dazu führen, daß diese Präparate in Mißkredit geraten. Ein Neuroleptikum etwa, eingesetzt bei der Behandlung einer sogenannten vegetativen Dystonie oder eines unklaren Kopfschmerzsyndroms kann zu keiner klinischen Besserung führen, und eben dieser Mißerfolg wird in dem behandelnden Arzt die Überzeugung reifen lassen, daß diesen Substanzen generell ein allenfalls geringer therapeutischer Wert zukommt. Die Konsequenz dieser Einstellung muß es aber sein, daß Neuroleptika auch in den Fällen nicht oder allenfalls zurückhaltend eingesetzt werden, in denen sie tatsächlich indiziert sind und in denen ihre Anwendung etwa durch den Fachkollegen oder die Fachklinik empfohlen wird. So gefährdet der unkritische Einsatz psychotroper Substanzen naturgemäß jene Tendenz, die von

psychiatrischen Kliniken und Ambulanzen gefördert wird und die darauf hinausläuft, die ambulante Nachbehandlung endogen psychotisch Kranker nach Möglichkeit in die Hände des niedergelassenen Arztes zu legen. Dieser wird, geprägt durch seine ungünstigen Erfahrungen aufgrund eines ungerechtfertigten Einsatzes dieser Präparate, mit der Gabe neuroleptisch wirksamer Substanzen zurückhaltend sein und allenfalls zögernd einen von der Klinik aufgestellten Therapieplan über längere Zeit realisieren. Man kann sich also, berücksichtigt man die mitgeteilten Zahlen, des Eindrucks nicht erwehren, als sei jene Werbung der pharmazeutischen Industrie, die sich in eben den von uns mitgeteilten Befunden niederschlägt, letzten Endes auch gegen die Interessen dieser Industrie gerichtet insofern, als sie auf längere Sicht geeignet ist, die angepriesenen und hinsichtlich ihres jeweiligen Indikationsgebietes höchst wirkungsvollen Substanzen in Mißkredit zu bringen und ihren Einsatz zu inhibieren.

Besonders sollte man aber auch die ebenfalls aus dem berichteten Material resultierende Beobachtung besonders beachten, wonach potente neuroleptisch wirksame Substanzen in wachsendem Umfang in Tranquilizer-Indikation eingesetzt werden. Diese fatale Tendenz akzentuiert die oben skizzierte Entwicklung und begünstigt auf der anderen Seite bei dem Patienten eine nicht zu vertretende Leichtfertigkeit im Umgang mit diesen Stoffen etwa dann, wenn ihm die Dosierung weitgehend überlassen wird.

Grundsätzliche Bedenken ergeben sich aber vor allem angesichts der hinlänglich bekannten Seiteneffekte neuroleptisch wirksamer Stoffe. Hier ist vor allem hinzuweisen auf die kurz- und mittelfristigen extrapyramidalen Störsyndrome, d. h. also die akuten Dyskinesien und das hypertone-akinetische Syndrom im Sinne des Parkinson-Syndroms. Die ungerechtfertigte Verordnung neuroleptisch wirksamer Substanzen muß zwangsläufig zu einer Häufung derartiger Syndrome in der freien Praxis führen mit der Gefahr, daß sie, angesichts der ungenügenden Erfahrung des frei praktizierenden Kollegen mit ihnen, hinsichtlich ihrer Natur und Ursache verkannt werden. Dadurch erfolgt keine angemessene Therapie, und die Patienten werden ohne jede ärztliche Rechtfertigung einem Leidensdruck ausgesetzt, dessen Gewicht kaum zu überschätzen ist. Besonders deutlich wird das angesichts der späten Hyperkinesen, d. h. der persistierenden und offenbar irreversiblen extrapyramidal-motorischen Reizsymptome. Wenn in der jüngeren Literatur berichtet wird, daß derartige Zustandsbilder in den letzten Jahren eine eindeutige zahlenmäßige Zunahme zeigen, so wird man für diese Entwicklung nicht allein die psychiatrische Praxis oder das psychiatrische Krankenhaus verantwortlich machen dürfen. Die vorgelegte Untersuchung zeigt, daß davon ausgegangen werden muß, daß eine nicht geringe Anzahl von Patienten bereits neuroleptisch vorbehandelt in die Betreuung des jeweiligen Facharztes bzw. des

Fachkrankenhauses gelangt und daß sich die dann dort verordneten Neuroleptika mit den bereits früher verabreichten addieren. Da wir wissen, daß die Entwicklung später Hyperkinesen abhängig ist von der Gesamtmenge der zugeführten Neuroleptika, muß dadurch zwangsläufig die Zahl der in der beschriebenen Weise geschädigten Kranken zunehmen.

b) Antidepressiva

Überraschend ist, daß Antidepressiva in der freien Praxis seltener eingesetzt werden als Neuroleptika. Es mag seinen Grund in dem besonderen Charakter der Werbung haben, die Antidepressiva deutlicher noch als Neuroleptika in Tranquilizerindikation anbietet. Sicherlich sind die Nebenwirkungen der Antidepressiva vergleichsweise geringer, wenn sie auch keineswegs unterschätzt werden dürfen. Daß sie in der untersuchten Praxis augenscheinlich rein in Tranquilizerindikation eingesetzt wurden, ergibt sich aus der Tatsache, daß bei nur drei der Patienten eine endogene Depression diagnostiziert wurde.

Der unkritische Einsatz von Antidepressiva setzt den Patienten zum einen unnötigerweise den oben beschriebenen Gefahren dieser Stoffe aus. Zum anderen erschwert er eine thymoleptische Therapie in dem Fall, daß bei dem Betroffenen tatsächlich einmal eine endogene Depression

zur Manifestation gelangt, die dann eine antidepressive Therapie erzwingt. Die psychiatrischen Kliniken, insbesondere die psychiatrischen Ambulanzen berichten von derartigen therapeutischen Problemen, die sich aus der unreflektierten Vorbehandlung mit Antidepressiva in ungenügender Dosierung ergeben. Zu bedenken ist auf der anderen Seite, daß die Antidepressiva ebenso wie die Neuroleptika einen psychotropen Eigeneffekt entfalten, der im wesentlichen in einer Reduktion des Antriebsniveaus, einem Nachlassen des vitalen Tonus und einer allgemeinen psychischen Indifferenz besteht. Die Kranken werden so pharmakogen auf ein reduziertes vitales Niveau gezwungen, ohne daß eine solche Maßnahme durch eine entsprechende Indikation gerechtfertigt wäre. Darüber hinaus führt die pharmakogene Nivellierung psychischer Befindlichkeit zu einer Erschwerung der Diagnostik in den Fällen, in denen die besondere Natur des Leidens tatsächlich einmal eine psychiatrische Intervention erzwingt.

c) Tranquilizer

Wie erwartet, gehört die Mehrzahl der psychotropen Substanzen, die in der Allgemeinpraxis verordnet werden, zu den Tranquilizern. Hier spielt sicherlich eine wichtige Rolle, daß immer mehr Kombinationspräparate

auf den Markt gelangen, deren einer Bestandteil ein Tranquilizer ist.

Geht man davon aus, daß es kaum ein Zustandsbild gibt, das die kontinuierliche Verordnung eines Tranquilizers erzwingt, so kann bei den meisten Patienten unterstellt werden, daß die Gabe der psychotropen Substanz ohne zureichende Indikation erfolgte. Sicherlich spiegelt sich in diesem Vorgehen eine allgemeine Tendenz wider, die sich bei vielen Kranken in der Überzeugung äußert, es gäbe keine Lebensschwierigkeit, die nicht mit Hilfe der pharmazeutischen Industrie zu lindern und gegebenenfalls aus der Welt zu schaffen wäre. Abgesehen davon, impliziert jedoch die unkritische Gabe von Tranquilizern konkrete Gefahren. Zum einen ist an die Möglichkeit zu denken, daß distinkte somatische Leiden, in deren Verlauf es auch zu einer Befindlichkeitsstörung kommt, dadurch übersehen werden, daß die anxiolytische und entspannende Wirkung des gegebenen Tranquilizers den Leidensdruck mindert und dadurch einen wichtigen Impuls, der den Kranken zum Arzt führen könnte, beseitigt. Dieser Gefahr wird der sorgfältige Diagnostiker in der Allgemeinpraxis begegnen können. Von größerem Gewicht ist eine andere drohende Konsequenz. Sämtlichen Tranquilizern eignet ein Suchtpotential, d. h. alle zur Zeit im Handel befindlichen Tranquilizer bieten sich zum Mißbrauch bis hin zur Entwicklung einer süchtigen Abhängigkeit an.

Die Zahl echter Tranquilizerabhängigkeiten mit schweren Entzugssymptomen bei plötzlichem Absetzen der Substanz nimmt zu. Da in unserer Gesellschaft der unkontrollierte Tablettengenuß unverändert sozial als weniger anrühlich gilt als etwa der unkontrollierte Alkoholkonsum, wird eine bestehende Suchtbereitschaft, die aus sozialen Gründen nicht in die Alkoholabhängigkeit führte, durch die unkritische Verordnung von Tranquilizern nun als Tabletten-sucht manifest werden.

Da sich die Abhängigkeit von einer der genannten Substanzen zunächst in einem vegetativen Störsyndrom äußert, besteht die Gefahr, daß dieses vom behandelnden Arzt wiederum als sogenannte vegetative Dystonie verkannt wird und erneut zur Gabe von Tranquilizern veranlaßt.

Wenn demnach auch die Zahl von 568 Patienten, die unter 2.178 mit psychotrop wirksamen Substanzen behandelt wurden, zunächst gering erscheinen mag, so ergibt die genauere Beleuchtung dieses Patientenkollektivs jedoch insgesamt ein beunruhigendes Bild. Erkennbar wird ein kritikloser Einsatz sowohl der Neuroleptika als auch der Antidepressiva und Tranquilizer außerhalb ihres eigentlichen Indikationsgebietes mit den daraus resultierenden Gefahren, daß diese Substanzen generell aufgrund des unzureichenden therapeutischen Erfolges in Mißkredit

geraten und darüber hinaus zur Ursache überdauernder psychischer oder somatischer Spätschäden werden,

Sicher ist zu bedenken, daß gerade der Arzt für Allgemeinmedizin mit einer Fülle von Kranken konfrontiert wird, bei denen der erhobene krankhafte Befund im deutlichen Mißverhältnis zum aktuellen Leidensdruck steht. Die Zahl der sogenannten Problempatienten ist naturgemäß in der freien Praxis wesentlich größer als etwa in der Klinik. Auf der anderen Seite wird die allenfalls ungenügend gebotene Möglichkeit, entsprechend Kranke einem Spezialarzt zu überweisen, die Bereitschaft fördern, mit dem Einsatz von Psychopharmaka zumindest vorübergehend eine Linderung des Leidensdruckes sowohl auf Seiten des Kranken als auch auf Seiten des handelnden Arztes herbeizuführen. Schließlich ist die Werbung der pharmazeutischen Industrie zu beachten, die in zweifellos bedenkenloser Weise Substanzen dieser Stoffklassen anbietet zur Behandlung all jener Patienten, angesichts derer die Diagnostik des Arztes für Allgemeinmedizin an ihre Grenzen stößt und damit naturgemäß auch seine Möglichkeiten einer kausalen Therapie. Am Ende dieser Entwicklung muß eine pauschale Diskreditierung psychotrop wirksamer Substanzen beim nicht psychiatrisch tätigen Arzt stehen, da der Einsatz der Neuroleptika, Antidepressiva und Tranquilizer außerhalb ihres eigentlichen Indikationsgebietes in aller Regel keinen Erfolg bringen wird. Für den Psychiater ist dieser

Trend insofern beunruhigend, als er allgemeinen und mit guten Gründen vertretenen Bestrebungen zuwiderläuft, die Nachbehandlung psychisch Kranker in die Hände des Arztes für Allgemeinmedizin zu legen, weniger um den Facharzt zu entlasten, als vielmehr um den Patienten vom Stigma der sogenannten Psychiatriierung zu befreien.

VI. ZUSAMMENFASSUNG

Es wird über eine Untersuchung in einer großen Landpraxis berichtet. Sämtliche während eines definierten Zeitraumes untersuchten und behandelten Patienten wurden daraufhin überprüft, wie oft psychotrope Substanzen verordnet wurden. Es zeigte sich, daß von insgesamt 2.178 Kranken 568 ein Psychopharmakon über unterschiedlich lange Zeitspanne erhalten hatten. Lediglich in sechs Fällen galt es, eine endogene Psychose zu therapieren, in allen übrigen Fällen war eine echte Indikation zum Einsatz einer Substanz dieser Stoffklasse nicht gegeben. Erwartungsgemäß überwog der Einsatz von Tranquilizern, gefolgt von demjenigen von Neuroleptika. Antidepressiva wurden vergleichsweise selten gegeben. Ein Blick auf die zum Einsatz gelangten Handelspräparate zeigt ein Überwiegen derjenigen, die während des Untersuchungszeitraums im Mittelpunkt der Werbung standen.

Es werden die Gefahren des in dem Untersuchungsergebnis zum Ausdruck kommenden unkritischen Einsatzes psychotroper Substanzen erörtert, wobei deutlich wird, daß es vermutlich kein Gebiet der Chemotherapie gibt, in dem die Aufklärung von gleich großer Bedeutung ist, wie im Gebiet der Psychopharmaka. Die nicht zuletzt von der pharmazeutischen Industrie betriebene Verharmlosung dieser Präparate - etwa der empfohlene Einsatz eines potenten Neuroleptikums als Tranquilizer - muß nicht

nur zu einer Diskreditierung dieser Stoffe führen, er
bremst darüber hinaus eine vom psychiatrischen Kran-
kenhaus angestrebte und unterstützte Tendenz, die Nach-
behandlung psychisch Kranker in größerem Umfang in
die Hände des Arztes für Allgemeinmedizin zu legen.

VII. LITERATURVERZEICHNIS

1. Glatzel, J.: Psychopharmaka in der nicht psychiatrischen Praxis,
Der Krankenhausarzt,
Heft 1/1969, 42. Jahrgang
2. Haase, H. J.: Psychopharmaka in der ambulanten Praxis,
Die Therapiewoche,
Heft 25 / 1966
3. Haase, H. J.: Therapie mit Psychopharmaka und anderen psychotropen Substanzen,
F.K. Schattauer-Verlag 1972
4. Huber, G.: Psychopharmaka in der neuro-
Glatzel, J.: psychiatrischen Klinik,
Der Krankenhausarzt,
Heft 1/1969, 42. Jahrgang
5. Huber, G.: Psychiatrie,
F.K. Schattauer-Verlag 1974
6. Kalinowsky, L.B.: Pharmacological Convulsive
Hippius, H.: and other somatic Treatments
in Psychiatry,
Grune & Stratton 1972
7. Kanig, K.: Zum Wirkungsmechanismus der
psychotropen Pharmaka,
Hippokrates, Jahrgang 45,
Heft 2, 1974
8. Kielholz, P.: Die larvierte Depression,
Verlag Hans Huber, Bern 1973
9. Kielholz, P.: Depressive Zustände,
Verlag Hans Huber, Bern 1972

10. Linke, H.: Psychopharmaka in der inneren Medizin und Allgemeinpraxis, Die Therapiewoche, Heft 16/1974
11. Pöldinger, W.: Kompendium der Psychopharmakotherapie, Hoffman - La Roche AG 1971
12. Pöldinger, W.: Index Psychopharmacorum, Verlag Hans Huber, Bern 1972
13. Schmitt, W.: Vademecum psychopharmacologicum, Verlag G. Braun, Karlsruhe 1968

L E B E N S L A U F

Ich, Albrecht Bauerhorst, wurde am 28.12.1933 als zweiter von vier Söhnen des Studienrates Dr. Kurt Bauerhorst und seiner Ehefrau, der Krankenschwester, Johanna geb. Helbig, in Dresden geboren.

Von 1940 bis 1952 besuchte ich die Schule in Gleiwitz / Oberschlesien und in Weferlingen (Provinz Sachsen). Dort bestand ich im Jahre 1952 das Abitur. Im September 1952 begann ich das Studium an der Medizinischen Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin, wo ich 1954 das Physikum und 1957 das Staatsexamen ablegte. Im Jahre 1956 schloß ich die Ehe mit der Kinderkrankenschwester Hannelore geb. Lindeke. Im gleichen Jahr wurde unser einziger Sohn geboren. Von Februar 1958 bis Januar 1959 leistete ich meine Pflichtassistenzzzeit im Bezirkskrankenhaus Frankfurt / Oder ab. Bis März 1959 war ich in der dortigen Poliklinik allgemeinpraktisch tätig. Von 1959 bis 1960 war ich Assistenzarzt in der Ersten Medizinischen Klinik des Städtischen Hufeland-Krankenhauses Berlin-Buch. Im April 1960 begann ich meine Tätigkeit auf der chirurgischen Abteilung des St. Hedwig-Krankenhauses Berlin. Am 13. August 1961 verließ ich mit meiner Familie den Ostsektor von Berlin.

Ich blieb danach in den Jahren von 1961 bis 1963 als Assistenzarzt an den chirurgischen Abteilungen des St. Josef Hospitals Dortmund, des evangelischen Krankenhauses Plettenberg / Sauerland und des Paulinenstiftes Wiesbaden. Vom 1. 5. 1963 bis 30. 9. 1965 war ich Oberarzt der chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Schramberg/Schwarzwald.

Am 1. 10. 1965 habe ich mich als praktischer Arzt in eigener Praxis in Wiesbaden niedergelassen. Im Jahre 1969 verlegte ich meine Praxis nach Taunusstein-Wehen.

